

## 【論文】

## パンデミック時の意思決定

## ——台湾における DNR 指示の使用と治療中止の課題

鍾 宜 錚

はじめに

本稿は新型コロナウイルス感染症パンデミックにより提起された倫理的・社会的・法的問題のうち、台湾の終末期医療に関する諸課題、とりわけ事前指示書による延命治療の中止を中心に考察するものである。台湾では、パンデミックの初期から厳格な水際対策が講じられたことで、諸外国と比べて感染状況が抑えられており、感染拡大による医療資源の不足や医療崩壊の状況は見られなかった。しかしながら、2021年5月に第1波、2022年4月に第2波の感染拡大の発生により感染者数と死者数が増加し、コロナ患者に対する治療中止のあり方が議論されるようになった。それは、新型コロナウイルス感染症にかかり病状が急速に進んだ重症患者に対し、本人の事前指示書または家族の代理決定による延命治療の中止の適切性や、そのタイミングに関する懸念であった。とりわけ感染症対策の環境として多くの医療機関では面会制限措置を導入し、家族が患者の状況を直接に知ることが困難になったため、本人の希望に沿うような治療が行われているのかへの懸念も提起されている。

こうした状況の中で、本稿は延命治療の中止に関する事前指示書の使用と、新型コロナウイルス感染症の感染拡大によって顕在化した臨床現場での問題点を提示し、パンデミック時の意思決定のあり方を考察することを目的としている。具体的には心肺蘇生を行わないことを示す DNR 指示の使用とその課題を中心に検討し、DNR 指示の意義を考察していく。主に終末期医療の法制度に関する法律条文と医療機関が発表した報告論文、政府が公表した報告書など文献調査を中心に研究し、コロナ禍における DNR 指示の使用の実態を考察するために公式記者会見の記録や新聞記事の内容も検討する。

議論の進め方として、まず台湾における DNR 指示が導入された背景を整理す

る。終末期医療の法制化を行う際、死ぬ権利の問題を回避するために DNR 指示の文言に直接触れず、緩和ケアの一環として規定した。心肺蘇生という個別な医療行為の拒否を緩和ケアの一部として規定したことで、緩和ケア=救命停止という誤解が生じてしまったという事態を考察する。次に、DNR 指示の作成状況と運用実態を概観し、DNR 指示の導入とともに緩和ケアを推進しようとする立法者の狙いとはかけ離れ、心肺蘇生の拒否だけが広がる状況を指摘する。そして新型コロナウイルス感染症による DNR 指示の使用への影響を検討し、面会禁止や隔離など感染拡大防止対策による意思決定プロセスの変化や、感染症のような急性疾患における延命治療の中止をめぐる家族の葛藤について考察する。

## 1. 終末期医療の法制化

台湾において、終末期医療の法律に関しては、2000年に成立した「安寧緩和医療法 (Hospice and Palliative Care Act)」と2016年に成立した「患者自主権利法 (Patient Right to Autonomy Act)」がある。前者は終末期患者を対象に、本人の事前指示または家族の代理決定による延命治療の差し控え・中止を認めるものであるが、後者は終末期患者に加えて、不可逆な昏睡状態、持続的植物状態、極重度な認知症、主管官庁に認定された難病という終末期以外の患者も適用対象に含まれている。

安寧緩和医療法より、患者自主権利法のほうの適用対象が広く、延命治療の定義も人工水分・栄養補給まで拡大しているが、同法のもとで作成された事前指示書は本人のみ作成可能と定められ、家族の代理決定は認められず、本人の自己決定権の確立を強調している。安寧緩和医療法では不十分とされた患者の自己決定権の保障を補完するために患者自主権利法が制定されたが、それぞれの法律に基づいた意思決定プロセスと適用場面が異なるため、両者を並行して運用しているのが現状である。今回のパンデミックで議論の焦点となった DNR 指示の使用は、安寧緩和医療法の成立によって法的に認められたものである。ここからは、安寧緩和医療法のもとで導入された DNR 指示の内容とその法的な意義を考察する。

### 1.1 死のタブー視と緩和ケアとしての DNR 指示

2000年に成立した台湾の「安寧緩和医療法」は、その英訳名で示された通り、

緩和医療にホスピスケアの中国語訳（安寧療護）を加えて名付けられている。全15条からなるこの法律は、安寧緩和医療を「終末期患者の苦痛を和らげる、もしくは除去するために、緩和的、支持的な医療ケアを行うこと、または心肺蘇生法を差し控えることである」と定義した（第3条第1項）。また、法律の適用対象である終末期患者は「重傷、重病に罹り、医師によって治癒不可能と診断され、かつ医学的証拠から病状の進行によって近いうちに死に至ることが不可避とされる者である」と定められた（第3条第2項）。さらに心肺蘇生法は「臨終または生命徴候のない患者に対し、気管内挿管、体外心臓マッサージ、救急薬物投与、心臓ペースメーカーと電気的除細動器の使用、人工呼吸などの救命処置または他の救命救急処置を行うことである」と定義された（第3条第3項）。

上記の条文から、終末期の患者は、一般的に認識された苦痛を緩和する緩和医療に加えて、瀕死または生命徴候のない場合の心肺蘇生法の拒否が可能になった。台湾では、1990年代にホスピスケアと緩和医療の概念が導入されて、一部の病院では緩和ケア病棟を設置した。ホスピスケアの推進にあたり、医師の救命義務は条件付きで免除する必要があると医療現場からの声があり、本人の意思に基づく心肺蘇生法の拒否が法的に認められるようになった<sup>1</sup>。しかしながら、安寧緩和医療法は心肺蘇生法の拒否権を真正面から承認したのではなく、心肺蘇生法を行わないことが安寧緩和医療の一環であり、患者は安寧緩和医療の「全部または一部」を選択することで心肺蘇生法を拒否できるとしている（第3条第4項）。また、同法では、事前に書面による意思表示がなく、かつ意識低下によって意思表示ができなくなった場合、法的に決められた近親者の一人<sup>2</sup>が代わって同意書に署名することができることも明記し、家族の代理決定による心肺蘇生法の差し控えを認めた。

実質上、安寧緩和医療法の成立によってDNR指示が合法化されたものの、それを示す法律の文言は極めて婉曲である。これは、死をタブー視する文化がまだ強い当時の台湾社会において、立法者が心肺蘇生法の拒否によって生じた死ぬ権利の問題を回避するために考え出した苦肉の策だと、法学者の楊秀儀が指摘した<sup>3</sup>。本人の意思決定による延命治療の拒否は「安楽死」の問題を連想させやすいため、法律は安寧緩和医療の選択と言い換えることで、正面から延命治療の拒否に言及する状況を避けた。

加えて、当初、法律名の候補には安寧緩和医療のほか、「自然死法」という提

案もあった。終末期患者に対する事前指示による延命治療の差し控え・中止は1976年に成立したカリフォルニア州の内容と類似しているので、緩和医療という医療分野の名称より、「自然死法」のほうが法案の内容とその意義を表せるとの意見もあった。しかし、当時の行政院衛生署（日本の厚生省に相当する行政機関）では「死」という言葉を法律名にするのは不適切であり、一般市民に不吉な印象を与えてしまうという意見が挙がっていた。そのため、「緩和医療」のような中立の医療用語で名付けられ、「自然死法」という名称が否決されたと楊が指摘した<sup>4</sup>。同法の成立に関わった他の専門家からも、「死」という言葉を直接的に使用することを忌まわしく思う傾向が台湾社会では強かったということを指摘し、法律名を工夫する必要があるとの意見がみられた<sup>5</sup>。

死をタブー視し、死について直接言及することを避ける傾向のある台湾社会において、終末期の治療方針について話し合うことや、延命治療の意向を確認するタイミングが難しいと想像できる。そのため、DNR指示の多くは、本人による意思表示ではなく、家族の代理決定で作成されたのである。患者本人が亡くなる直前に家族が代理でDNR指示に署名したケースも珍しくなかった。安寧緩和医療法の成立により、より多くの患者が緩和ケアを受けて、その延長線上にDNR指示を作成するという立法者の意図とはかけ離れている状況にあるのは、DNR指示の運用実態である。

## 2. DNR 指示の運用実態

ここからは、DNR指示の運用実態について、医療機関が発表した報告論文を中心に考察していく。前述のように、安寧緩和医療法では、心肺蘇生法を行わないことは緩和ケアの一環であり、患者の苦痛を和らげる、または除去するためのものであるとしている。同法は緩和医療を推進することで、終末期患者の生活の質の向上につながることを立法目的としているが、医療現場では、DNR指示の合法化によって、特定の治療を行わないという選択肢が増えたことに大きな意義があった。というのは、DNR指示が多く使用されたのは、緩和ケア病棟ではなく集中治療室（ICU）にいる重症患者からであった。

DNR指示が実際に使用された場面と患者の属性について、全国的な統計がなされておらず、その全体を分析することが難しいが、個別の病院が発表した報告から、その状況の一部をうかがうことができる。例えば、台北市にある国立台湾

大学附属病院の報告論文では、2003年から2006年までの間、外科集中治療室でのDNR指示の作成の割合は平均65%であり、つまりICUに転入した患者のうち、65%の人は本人または家族の代理でDNR指示を作成したとかがえる。転入してからDNR指示を作成するまでの平均日数は11日から13日で、作成から死亡までの平均日数は2日から3.5日であったと記された<sup>6</sup>。同論文では、DNR指示の作成が一般的であったものの、心肺蘇生法やDNR指示の作成に関する患者側の意向を聞くタイミングが遅く、あらゆる救命手段を尽くさない限り、DNR指示についての話し合いは行わない傾向があると指摘した。患者の年齢や病状を考慮し、より早い段階でDNR指示を含めて終末期医療の方針に関する話し合いを行う必要があると同論文は結論した。

台湾大学の調査では、患者年齢はDNR指示の作成要因の一つであり、高齢者の作成率が高いと分かった。また、DNR指示を作成した患者はそうでない患者と比べて、ICU入院期間が長く、吸入酸素濃度が低く、強心薬の投与、透析、輸血、臨床検査、胸部レントゲン検査が少なく、死亡時の鎮静薬、鎮痛薬、栄養補助の使用が多かった。DNR指示作成してから亡くなるまでの医療措置について、高度な抗生物質の投与、胸部レントゲン検査、臨床検査、輸血の使用が比較的減少したものの、強心薬の投与は逆に増加したと分かった<sup>7</sup>。心肺蘇生法は行わないものの、強心薬などの投与で患者の延命を試みたいという意図があったと推測できる。また、DNR指示の代理決定による作成について、署名者の割合は患者の子女(57.4%)、配偶者(24.7%)、患者の父母(11.2%)、兄弟(5%)、その他(1.8%)と、患者の家族・親族が代理で署名したケースがほとんどであると分かった<sup>8</sup>。

DNR指示の作成と患者年齢との関係性や、DNR指示の署名者の構成について、他の研究報告にも類似した結果が示されている。台中市にある澄清総合病院では、入院している重症患者および末期がん患者の家族100名を対象にアンケート調査を行い、DNR指示についての認識と作成意思を聞いた<sup>9</sup>。その結果、患者が高齢であればあるほど、DNR指示の認知度と作成意思が高いと分かった。また、すでにDNR指示に署名した方のうち、患者の子女が署名したのが56%で、配偶者は18%である。患者本人が事前に心肺蘇生法を希望しないという意思を示したのは全体の28%にのぼるが、DNR指示の作成に至らず、危篤になって意識低下した状態で家族が代わりに署名したことが多いと報告された<sup>10</sup>。

他に台東市にある台東マッケイ記念病院でも、2013年から2018年に内科集中治療室に転入した患者のDNR指示の作成状況を調査した報告論文を公表した<sup>11</sup>。それによると、ICUに転入した患者のうち、35.5%の患者はDNR指示を作成した。また、死亡した患者のうち、DNR指示に署名したのは90.8%で、台湾大学の65%と比較して高い作成率が示されたが、指示の作成から死亡までの平均日数は5.8日とのことから、死亡直前にDNR指示が作成された状態とうかがえる。

上記の報告から、台湾では、DNR指示の作成は患者の家族による代理決定でなされたことが多く、そのほとんどは患者が危篤状態に陥り、病状の改善につなげる治療方法がない状態でDNR指示が作成されたと分かった。DNR指示に署名したことで、積極的な延命治療は行わないものの、死亡までの平均日数が短いことから、患者の苦痛を緩和するためにDNR指示が使用されたとは言い難いと思われる。とりわけ集中治療室に入院した患者について、その家族は最後まで諦めたくないという思いで、あらゆる手段を尽くしてからDNR指示に署名した傾向がうかがえる。

こうした治療の強度とDNR指示作成との関係性について、小児医療の場合はより鮮明的である。同じく国立台湾大学附属病院の小児科集中治療室で行われた調査では、2005年から2014年に死亡した患者のうち、DNR指示を作成したのは85.9%であり、そのほとんどは小児科集中治療室で作成されたと分かった<sup>12</sup>。作成率は高いものの、心肺蘇生法を行う最中にDNR指示に署名したのは5.7%である。署名者の多くは患者の父親で、全体の7割近く(68.8%)を占めている。作成から死亡までの平均日数は3.8日で前述の外科集中治療室のデータと類似しているが、半数以上(53.2%)の小児患者は、作成から24時間以内に亡くなったと分かった<sup>13</sup>。小児の場合、DNR指示は基本的に家族が代理で作成することとなり、最後まで治療を続けたいという家族の思いが強く、DNR指示の作成は最後の手段と捉える家族が多いと思われる。患者が高齢であればあるほどDNR指示の受容度が高いのとは逆に、小児患者の場合、DNR指示の受容度は比較的に低いとうかがえる。

上記の報告は集中治療室に入院した患者またはその家族を対象に調査を行ったものである。安寧緩和医療法の規定では、二十歳以上で完全な行為能力のある市民であれば、DNR指示の作成ができるので、集中治療室以外の入院患者、また

は健康状態の成人でも、DNR 指示を作成する可能性が考えられる。台湾では、DNR 指示は登録制で、本人または家族の代理決定で作成した DNR 指示は中央健康保険署のデータベースに登録する必要がある。行政院衛生福利部の統計では、2021年11月現在、DNR 指示の登録件数は79万4千件を超えている<sup>14</sup>。DNR 指示を作成した方のうち、上記のような集中治療室に入院した重症患者以外、緩和ケアを受ける場合、緩和病棟に入院するか在宅ケアを受けるかに関わらず、DNR 指示の作成が必要条件となっていた<sup>15</sup>。そのほか、要介護度の高く、施設に入居した高齢者に対して、あらかじめ DNR の概念とその意義を入居者本人とその家族に説明し、指示書の作成を推進する施設もある<sup>16</sup>。

成年人口の約4%が DNR 指示を作成した台湾<sup>17</sup>では、新型コロナウイルス感染症の感染拡大が臨床現場にどのような影響をもたらしたのか、DNR 指示の使用は適切なのか。これらの問題について、さらなる考察が必要である。次節では、台湾における感染拡大の第1波と第2波で見られた臨床現場の対応から、DNR 指示による治療中止の課題を検討したい。

### 3. パンデミック時の DNR 指示の扱い

#### 3.1 第1波の混乱と DNR 指示の不適切な使用

2021年5月上旬、台湾では感染が急拡大し、新型コロナウイルス感染症流行の第1波に突入した。2019年末にパンデミックが発生して以来、厳格な水際対策と感染防止対策により、実に1年以上にわたり新規感染者を1桁かゼロに抑え、感染症流行の封じ込めに成功していた。それまで感染状況が抑えられたこともあり、感染拡大初期には、コロナ患者専用病棟の設置や救急搬送の優先順位など、医療資源の配分と医療提供体制の調整にさまざまな混乱が見られていた。その中で指摘されたのは、DNR 指示が不適切に使用された問題である。

感染拡大から約1ヶ月が経った2021年6月2日、台湾の非営利・独立系の報道機関「報導者」は、感染症専用ベッドの準備が不足し、人工呼吸器の調達も遅れたことで、現場の医師は十分な医療提供ができず、患者に挿管意思の有無を確認せざるを得ないという状況が存在していたことを特集で報道した<sup>18</sup>。「COVID-19における医療倫理の衝撃：人工呼吸器がない、病床も満杯。DNR に署名する気があるか、患者さんに聞いてもらえる？」という見出しのもと、感染拡大初期の医療現場の混乱が伝えられた。同記事からは、感染拡大の初期には、感染者増

加のスピードに医療が追いつかず、特定の医療機関に患者が集中するのを防ぐために、症状の緊急度によって搬送順位や搬送先をあらかじめ決めるという「分流」の制度があるが、それが機能不全に陥ったことが読み取れる。

政府の専門家も、このような医療現場の混乱を認識している。感染拡大の第1波がピークアウトし、新規感染者数が減少傾向になった2021年7月5日、新型コロナウイルス感染症専門家諮問委員会の会長、張上淳医師は定例の記者会見でそれまで5月11日から7月4日までの2ヶ月の感染状況、重症患者への治療状況や死亡率の分析などを報告した<sup>19</sup>。

感染拡大になって最初の2週間の死亡率がもっとも高く、感染者の6.5%が亡くなったと張会長が報告した。そして5月下旬から死亡率の改善が見られて、6月下旬になって死亡率が1%以下に抑えられた。高い死亡率の要因について、張会長は感染の急拡大による陰圧ベッドの不足と、感染症対応の集中治療室の設置に時間を要することで、医療提供体制がひっ迫する状態が生じたと説明した。

とりわけ台北市をはじめ首都圏の新規感染者が多く、一部の患者を中部または南部の医療機関に搬送せざるをえないという事態も発生したと張会長が指摘し、6月下旬になって、分流制度の見直しや、病床不足に関する地方自治体の連携が強化されたことで、混乱の状況が大幅に改善されたと述べた。これに加えて、新型コロナウイルス感染症に関する政府主導の医療従事者のネットワークの構築と、治療経験の共有は死亡率の低下につながったと張会長が説明した。

死亡率が改善された一方、感染拡大になってから収束までの合計死者数は800人を超えて、9月11日まで、合計839人が死亡した。2019年末の新型コロナウイルス感染症の発生から2021年5月11日までの死者数が12人だった台湾では、死亡者の急増によって医療現場にはさまざまな衝撃と課題を与えている。そのうちの一つは、DNR指示の使用である。専門家諮問委員会の張会長は、同日の記者会見で、下記のように発言し、DNR指示の使用と治療中止の必要性について懸念を示した<sup>20</sup>。

死亡患者の情報を分析する際、多くの患者が救急治療を放棄した〔と分かりました〕。医学ではDNRと言いますが、疫学調査のデータでも患者の死亡状況がわかります。死亡者が増加した第20週から第26週まで〔5月9日から6月26日まで〕に亡くなった患者のうち、10%以上、もしくは20%

以上は、患者本人または家族が救急拒否、気管内挿管拒否という記録が見られます。ですから、DNR 指示の割合が高い、全体の20% 近くを占めているという状況も、死亡者数の増加につながる要因の一つです。

なぜなら、コロナの重症患者は主に重度な肺炎、呼吸困難の状況が見られます。その場合、気管内挿管は必要です。もちろん、現場にいる第一線の医療従事者にとっては大変な状況であり、患者本人にとっても大変な状況です。しかし、この中に一定程度の患者は、救命の可能性があるのです。でも気管内挿管を拒否し、救急措置も拒否するとなると、患者を治療することも、救命することもできなくなります。これは死亡率の減少にあたって一つのジレンマ [と思います]。若い世代は気管内挿管という措置は高齢の患者にとって負担の多い、苦痛を伴う治療だと理解しています。患者が高齢の場合、救急をしないほうが良いと思うようになり、患者が亡くなるという残念な結果になります。(〔 〕内は筆者より補足)

気管内挿管を行い、人工呼吸器を使用すれば一定数の患者が生き延びる可能性があるという張会長の発言に対し、臨床現場の医師から批判が殺到し、のちに張会長が謝罪するような事態へと発展した<sup>21</sup>。とりわけ緩和医療に携わる臨床現場の医師たちは、新聞記事や声明を通じて不満の声をあげて、張会長の発言に抗議した<sup>22</sup>。彼らは、DNR 指示による治療中止は、本人の病状と予後を診断し、本人および家族とあらゆる検討をした上で行うものであり、パンデミック時でも通常時の判断と同様に行っていて、DNR は治療放棄を意味しているわけではないと強調した<sup>23</sup>。

### 3.2 第2波の対応と DNR 指示による治療中止の課題

コロナ患者に対する DNR 指示の使用は、張会長の謝罪によって一旦、事態が収束したとみられた。張会長は、死亡患者のデータを検討する際、DNR 指示に署名したケースが想定以上に多く、このような状況を国民に知らせたいと釈明した。さらに、新型コロナウイルス感染症の発生初期、感染者はまだ少なかった時には、医療従事者は全力を尽くして全ての患者を救命したことを思い出して、今回の感染拡大での死亡ケースも一定数は救命できたのではないかと思い、そのような発言をしたと張会長は説明した<sup>24</sup>。

DNR 指示による治療中止は治療放棄ではなく、患者とその家族との検討の上で行われていたと緩和医療の医師が主張しているが、感染症対策により面会禁止や濃厚接触者の行動制限により、患者と家族との対面が厳しく制限された。パンデミックの長期化は、緩和ケアの現場に大きな影響を与えており、患者本人の意思を読み取ることも、その家族へのグリーフケアを行うことも困難であったとの報告も見られた<sup>25</sup>。パンデミック時の緩和ケアの実施は、感染症対策との両立で行われる必要があるが、そのためのガイドラインの制定はなされておらず、現場の医療従事者が模索しながら実施していたと同論文が指摘した<sup>26</sup>。

第1波の収束によって、DNR 指示をめぐる騒動も沈静したとみられたが、2022年にオミクロン株による感染拡大第2波では、DNR 指示の使用が再び議論の焦点となった。第1波の状況を踏まえて、台湾の感染症対策指揮センターは2022年5月6日以降、コロナに感染した死者に関して、基礎疾患の有無のほか、DNR 指示の有無も公表するようにしている。これを受けて、2022年7月31日に全国紙である『聯合報』は、DNR 指示の情報が公表されてから2022年7月30日まで亡くなった8023人のうち、DNR 指示に署名し治療が差し控えまたは中止されたのが全体の36.4%に上ったと報道した<sup>27</sup>。第2波の感染拡大で死亡者が増加した理由は、高齢者の感染が主な要因だと挙げられたほか、諸外国と比較して、台湾におけるDNR 指示の割合が比較的に高いということも要因の一つだと報じられた。

『聯合報』は、第2波になっても、コロナ患者に対する気管内挿管をめぐるDNR 指示が不適切に使用された事案が生じていると報じた<sup>28</sup>。DNR 指示に署名することで気管内挿管の差し控えを誘導するような事態の存在に関する証言が報じられた。ただ、同病院にいる別の関係者は、そのような事態が生じていないとの証言も報じられた<sup>29</sup>。『聯合報』は、双方の証言を同時に報道することで、報道の中立性を保とうとする意図が読み取られる一方、個別の医療機関で生じた事案は全体の状況をどれくらい反映できるか、その代表性についてもっと検証する必要がある。

報道に関する事実関係の確認ははっきりしていないものの、DNR 指示をめぐるこのような混乱が報じられたのは、DNR 指示の使用とその意義に対する医療従事者の認識は一致しておらず、個別の医療機関において独自のルールでDNR 指示が運用されていることがうかがえる。

前述のように、DNR 指示の使用は、医療従事者と患者側との信頼関係のもとで行うことが重要であり、治療中止の実施は慎重に検討された上で行うべきだとの指摘があった。特にコロナ禍では、感染拡大防止対策の一環として面会禁止や隔離政策が採られて、入院中の患者とのコミュニケーションが困難になっている。このような状況において、患者とその家族との話し合いをサポートするために、新たな取り組みが必要とされている。

例えば、台中市にある「台中榮民総病院」では、高齢者や複数の基礎疾患を抱えて、重症化リスクの高い患者に対して、ビデオ会議や電子メールなどで患者の家族と家族会議を行い、患者の病状と DNR 指示について説明し、治療方針に関する話し合いを行うという取り組みがなされている。ビデオ会議を通じて家族が DNR 指示に署名したら、その指示書をメールまたはファックスで病院に送れば、対面で作成した指示書と同じ効力だとみなされている<sup>30</sup>。国立台湾大学附属病院でも同様な取り組みを行い、コロナの重症患者を対象に、ビデオ通話ツールを使って DNR 指示の意向確認を行っている<sup>31</sup>。

これらの取り組みは、個別の医療機関で行われたものの、DNR 指示による治療中止を行う上で重要な課題を示した。これを受けて、台湾安寧緩和医学会が2021年8月、感染拡大第1波が沈静化した後に新型コロナウイルス感染症における緩和ケアの指針を公表し、2022年8月に第2版を公表した<sup>32</sup>。第2版では、DNR 指示の作成に関する内容を追加し、コロナ患者に対する意思決定プロセスを規定した。そこでは、患者及びその家族に気管内挿管と心肺蘇生法との違いを明確に説明する必要があるとの記述が新たに追加した<sup>33</sup>。新型コロナウイルス感染症に感染した場合、気管内挿管によって回復するケースが多く、DNR 指示に署名したからといってすべての治療が中止されるわけではないということを患者に説明するべきだと強調された<sup>34</sup>。

## おわりに

本稿は、新型コロナウイルス感染症パンデミックによって提起された終末期医療の問題、とりわけ DNR 指示に基づく治療中止の課題を考察した。死をタブー視する文化がまだ強かった時代に合法化された DNR 指示は、死の自己決定や死ぬ権利、安楽死の是非など、賛否両論の問題を避けるために、安寧緩和医療の一環というオブラートに包んだ表現でその使用が法的に認められた。DNR 指示と

緩和医療とは必ずしも一致しないとの意見があり、実際運用の中で、DNR 指示に署名した患者が直ちに緩和医療を受けたとも限らない。とりわけ集中治療室で亡くなった患者は、DNR 指示の作成から死亡まで数日間しか離れておらず、積極的治療を尽くした後に DNR 指示に署名したとみられる。

DNR 指示を最後の砦として捉えた結果、DNR 指示に関する話し合いを切り出すタイミングが遅くなる傾向が見られる。国立台湾大学附属病院での調査では、DNR 指示の話を切り出したのは主に集中治療室の専門医または手術担当の外科医で、全体の6割以上を占めている<sup>35</sup>。治療手段はまだあるうちは、緩和医療への紹介や DNR 指示の話を先送りする傾向があるとも考えられる。しかしながら、新型コロナウイルス感染症パンデミックの発生によって、DNR 指示の使用とそのタイミングが議論の焦点となり、感染拡大防止対策などさまざまな制限のもとで治療方針と DNR 指示の作成について話し合いを行わざるをえない状態となった。とりわけ 2021 年の感染拡大第 1 波では、医療現場の混乱によって医療提供体制がひっ迫し、DNR 指示の不適切な使用もあったと報道された。感染者の急増で混乱が生じたことはやむをえないことであるが、救えた命があったはずという専門家の発言は、現場の医療従事者の士気にも、DNR 指示に署名し家族を亡くした遺族にも、打撃を与えた言葉だと思われる。

DNR 指示を含め、治療方針に関するあらゆる意思表示は、医療従事者側と患者側との信頼関係のもとで行う必要がある。それを達成するためにさまざまな課題があり、パンデミックの発生は、これらの課題をさらに顕在化した。人口の 2 割を超えた感染者が発生し、コロナウイルスとの共存を模索しつつ、感染状況が徐々に落ち着いてきた台湾社会では、DNR 指示は最後の手段として捉えるか、それとも死の質の向上のための手段として捉えるか、医療分野によって専門家の意見が分かるとも考えられる。

また、台湾の感染症対策指揮センターが死亡者の基本情報を公表する際、性別、基礎疾患の種類に加え、DNR 指示の有無も発表した。これは終末期における DNR 指示の影響を示したいという意図からなされたと考えられるが、パンデミック時の DNR 指示がどのように運用されているのかについて、統計でその傾向を明らかにしたいという意図もあったと推測できる。指揮センターの公表により DNR 指示に対する社会的認知度が高まったことで、終末期医療における意思表示にどのような影響を与えたのか、また、延命治療のあり方や死の受容につい

て台湾社会の意識にどのような変化が生じたのかに関しては、今後の課題として引き続き検討したい。

## 注

- 1 台湾におけるホスピスケアの導入と安寧緩和医療法の成立背景について、拙論「台湾における終末期医療の議論と「自然死」の法制化－終末期退院の慣行から安寧緩和医療法へ－」『生命倫理』Vol.23(1)、日本生命倫理学会、pp.115-124、2013年ではその詳細を論じている。
- 2 法的に決められた近親者について、安寧緩和医療法第7条第4項では以下の区分に該当する者を指すと規定している。
  - (1) 配偶者。
  - (2) 成人した直系血族卑属。
  - (3) 父母。
  - (4) 兄弟姉妹。
  - (5) 祖父母。
  - (6) 曾祖父母、または三親等の傍系血族。
  - (7) 一親等の直系姻族。なお、心肺蘇生術の差し控えに関して近親者の間で意見が一致しない場合、上述の順番が優先されるものとされる。
- 3 楊秀儀「救到死為止？從國際間安樂死爭議之發展評析台灣“安寧緩和醫療條例”」『臺大法學論叢』33(3)、1-43頁、2004年。
- 4 前掲3、16頁。
- 5 法律名をめぐる協議について、台湾安寧照顧協會理事長（Taiwan Hospice Organization）と財団法人仏教蓮花基金会会長（Lotus Hospice Care Foundation）を歴任し、台湾のホスピスケアの中心人物の一人である陳榮基医師も自らの論文で法律名の由来を述べていた。参照、陳榮基「不再與死神抗衡：台灣回歸人性醫療的契機」『醫望雜誌』31: 32-35頁、2000年。
- 6 Huang, Y. C., Huang, S. J., Ko, W. J. ‘Survey of Do-not-resuscitate Orders in Surgical Intensive Care Unit. *Journal of the Formosan Medical Association* 109(3), 201-208頁。
- 7 前掲6
- 8 前掲6
- 9 楊鳳凰、李素貞等「影響重症病人家屬簽署不施行心肺復甦術相關因素探討」『澄清醫護管理雜誌』12(1)、30-39頁、2016年。
- 10 前掲9
- 11 馬瑞菊、李佳欣等「東部區域醫院加護病房不施行心肺復甦術醫囑之流行病學調查」『內科學誌』30号、284-292頁、2020年。
- 12 陳玉涓「兒童加護病房死亡病童與不施行心肺復甦術醫療照護之探討」国立台湾大学医

- 学部看護学研究科修士論文、2016年1月。
- 13 前掲 12
  - 14 衛生福利部「預立醫療決定專區」<https://www.mohw.gov.tw/mp-1.html> 最終アクセス：2021年11月25日)
  - 15 2015年1月末まで、健康保險適用で緩和ケアを受ける場合、あらかじめ DNR 指示に署名することが保險適用の必要条件であったが、2014年12月24日に保險の給付基準が修正され、2015年2月1日より、安寧緩和医療法で定めた末期患者であれば、DNR 指示の有無を問わず保險適用の対象となる。修正前後の内容の一覧表は <http://sc-dr.tw/news/104/01/01130101.pdf> にダウンロード・閲覧可能。(最終アクセス：2022年8月31日)
  - 16 「推動住民簽署 DNR 計畫」『新銀髮族』恒安介護グループ機関紙、2016年4月15日。<http://www.hangan.org/2016/照護專欄-推動住民簽署 dnr 計畫/>(最終アクセス：2022年8月31日)
  - 17 2021年末までの台湾人口は約2,340万人で、成人人口は約1,800万人での単純計算で得た数字である。外務省「台湾基礎データ」<https://www.mofa.go.jp/mofaj/area/taiwan/data.html> (最終アクセス：2022年8月31日)
  - 18 「COVID-19 風暴的醫療倫理撞擊：沒有呼吸器、也沒病房了，你去問問病人要不要簽 DNR?」『報導者』2021年6月2日  
<https://www.twreporter.org/a/covid-19-medical-ethics-impact> (2022年1月31日アクセス)
  - 19 中央流行疫情指揮中心嚴重特殊傳染性肺炎記者會 2021年7月5日。記者会見の映像(全編)は台湾衛生福利部疾病管制署の公式 Youtube チャンネルにてオンラインで視聴可能。<https://www.youtube.com/user/taiwancdc> (最終アクセス：2022年8月31日)
  - 20 前掲 19
  - 21 中央社「談 DNR 惹議 張上淳道歉：清楚知道簽署過程嚴謹」2021年7月7日
  - 22 聯合報「張上淳稱若無簽 DNR 有機會救回 醫：無論有沒有都救到底」2021年7月6日
  - 23 前掲 22
  - 24 前掲 21
  - 25 蔡雨涵、蔡育倫、鍾凱吉、邱春榕「COVID-19 疫情下重症安寧緩和醫療照護之變革」『源遠護理』16卷2期、45-19頁、2022年
  - 26 前掲 25
  - 27 聯合報「圖解新聞／疫情致死率高原因之一？DNR 簽署惹爭議」2022年7月31日
  - 28 聯合報「搭上疫情順風車？DNR 簽署率翻倍 護理師曝院內殘酷真相」2022年7月31日
  - 29 前掲 27
  - 30 中央流行疫情指揮中心編『COVID-19 重症照護關鍵紀實』衛生福利部疾病管制署、2021年12月。
  - 31 劉旺達、潘玫燕、葉乙臻、陳誠萱編『COVID-19 臺大診治及照護經驗』金名圖書有限

公司、2021年10月。

- 32 台湾安寧緩和醫學學會『台湾新冠肺炎安寧緩和醫療建議第一版』『台湾新冠肺炎安寧緩和醫療建議第二版』。ガイドラインの内容は公式サイトにて閲覧可能。

<https://www.hospicemed.org.tw/ehc-tahpm/s/index.html>（最終アクセス：2022年11月11日）

- 33 前掲32、『台湾新冠肺炎安寧緩和醫療建議第二版』の第5章。  
34 前掲32、『台湾新冠肺炎安寧緩和醫療建議第二版』の14頁。  
35 前掲6

\*本研究は2019～2021年度東京分室PD研究員個人研究（鍾班）の研究成果である。